Aus dem Rheinischen Provinzial-Institut für psychiatrisch-neurologische Erbforschung zu Bonn und der Landesklinik für Jugendpsychiatrie Bonn

Direktor: Prof. Dr. K. Pohlisch.
Leitender Arzt des Erbinstitutes: Dozent Med.-Rat Dr. Panse.
Leitender Arzt der Landesklinik: Med.-Rat Dr. Schmitz.

Genetisch einheitlicher Symptomenkomplex oder Kombination verschiedener Anlagen.

(Untersuchungen an einer Sippe mit Schwachsinn, Polydaktylie u. Syndaktylie, erblicher Blindheit infolge Coloboms der Iris u. Chorioidea u. Nystagmus, sowie Schwachsichtigkeit infolge hochgradiger Myopie).

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 10. Juli 1939

von

Fritz Greven

aus M.-Gladbach

BONN 1939

Druckerei J. Duckwitz, Bonn, Maargasse 4

Gedruckt mit Genehmigung

der medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

Referent: Dozent Dr. Panse.

Korreferent: Professor Dr. Pohlisch.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Vater!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546404_0085

Genetisch einheitlicher Symptomenkomplex oder Kombination verschiedener Anlagen.

[Untersuchungen an einer Sippe mit Schwachsinn, Polydaktylie u. Syndaktylie, erblicher Blindheit infolge Coloboms der Iris u. Chorioidea u. Nystagmus, sowie Schwachsichtigkeit infolge hochgradiger Myopie].

Ihren Ausgang nahmen die Untersuchungen bei fünf minderjährigen Geschwistern, die 1935 in der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie in Bonn zur Begutachtung eingewiesen waren. Bei ihnen, sowie auch bei den drei anderen, nicht in Bonn gewesenen Geschwistern dieser Familie, fielen allein vier verschiedene Erbsyndrome auf, die unter das Gesetz vom 14. 7. 1933 fallen und die den Anlaß gaben, der Herkunft gehäufter Erbleiden nachzugehen und festzustellen, ob es sich hier um ein genetisch einheitliches Syndrom oder um verschiedene, selbstständig sich vererbende Sondermerkmale handelt.

Ausgegangen wurde von den acht Kindern der Eheleute Konrad E. und Maria geb. T. aus Gr.

(IV, 8—15 der Sippentafel.)

Die Verhältnisse in dieser Familie waren überaus unerfreulich. Aus einem Bericht des Jugendamtes, durch eigene Inaugenscheinnahme bestätigt gefunden, geht folgendes hervor: Die Wohnungsverhältnisse waren erschreckend: elende, völlig verkommene Wohn- und Schlafverhältnisse, eine baufällige Mietwohnung, bestehend aus zwei, kaum mit Zimmern zu bezeichnenden Schlafräumen mit drei verwahrlosten Betten für acht Personen und einer verdreckten, unordentlichen Küche. **(III, 14-15)** Die Eltern waren beide als hochgradig schwachsichtig und erblich belastet bekannt. Der Ehemann ist starker Trinker und arbeitsscheu. Er wurde wegen körperlicher und geistiger Minderwertigkeit (erbliche Blindheit, angeborener Nystagmus und Schwachsinn) 1934 sterilisiert. Für sein asoziales Verhalten und seine auflehnende Uneinsichtigkeit zeugt seine Äußerung nach der Sterilisation, er führe seine Frau jetzt andern Männern zu, er sorge dafür, daß sie doch noch Kinder bekomme. In den ersten sechs Lebensjahren litt er an Rachitis, wozu Hin-

weise am Skelettsystem noch festzustellen sind. Sonst körperlich o.B. bis auf seine Augenleiden: links völlig blind, rechts Gesichtsrest 5/50, angeborener horizontaler Nystagmus, angeborenes Colobom der Iris und Chorioidea links und rechts, erhebliche Trübungen in beiden Linsen. Auch in den EGG-Akten findet sich der oben angeführte Augenbefund, ferner heißt es dort weiter, daß bei der Beurteilung des E. erschwerend sein asoziales und indolentes Verhalten berücksichtigt werden müsse. Die geistige Entwicklung sei angeblich normal gewesen, keine Anfälle. Psychisch mißtrauisch, gleichgültig, völlig indolent. Er sei sich seiner Lage bewußt und nutze sie in asozialer Weise aus. Geordneter Gedankengang, gerissenes Verhalten. Doch sonst intellektuell dürftig.

Diagnose: Debilität, Trinker, asoziales Verhalten. Angeborene Blindheit infolge Iris- und Chorioideacoloboms und angeborener Nystagmus.

Die Frau ist genau so als minderwertig anzusprechen, sie hat eine erhebliche Sehschwäche (starke Myopie) und ist schwachsinnig. Eine vorhanden gewesene Sechs-Fingrigkeit und Sechs-Zehigkeit wurde in der Kindheit operativ beseitigt. Trotz ihrer starken Kurzsichtigkeit trägt sie aus Nachlässigkeit und Schlamperei keine Brille. Ihr Wesen ist völlig stumpf und uninteressiert, das Wissen vollkommen unzureichend. Sie vermag nicht einmal die einfachsten Fragen heimatkundlicher und geographischer Art zu beantworten. Ihr Rechnen geht nicht über die Hundert hinaus und ist selbst innerhalb dieser Grenze fehlerhaft. Den Haushalt kann sie nur ganz ungenügend versorgen und den Anforderungen, welche die Erziehung der Kinder an sie stellen, ist sie in keiner Weise gewachsen. Aus diesem Grunde wurden letztere anderweitig in Pflege und Erziehung gegeben.

Diagnose: Imbecillität, Polydaktylie, angeborene erhebliche Sehschwäche infolge starker Myopie.

Die Kinder blieben ohne Aufsicht und verwahrlosten körperlich und sittlich; die Größeren stahlen und bettelten.

(IV, 8) Die älteste Tochter Gertrud, 16 Jahre alt, ist in Stellung in einem Haushalt; wegen ihrer Gefährdung durch die Eltern wurde Schutzaufsicht angeordnet. Sie ist gesund, etwas schwächlich, keine Mißbildungen. Der körperliche Befund ist ohne Besonderheiten bis auf eine erhebliche Kurzsichtigkeit. Die Augenuntersuchung ergab: Minus 13 Dioptrieen, rechts = links, Sehschärfe mit Brille 5/10 rechts = links. Mißbildungen lassen sich nicht am Auge finden. Der Augenhintergrund zeigt keinen krankhaften Befund. Psychisch fällt vor allem eine völlige

sittliche Haltlosigkeit auf, trotz ihrer erst sechzehn Jahre hat sie schon mehrere Liebhaber. Vor einiger Zeit ließ sie sich von Arbeitsdienstmännern nackt in allen möglichen Stellungen photographieren. Ihr Wissen ist unter Durchschnitt, die Merkfähigkeit ausreichend. Mit ihrer praktischen Intelligenz vermag sie auszukommen. Ihre häuslichen Arbeiten sind im allgemeinen zufriedenstellend, wenn sie auch Leitung und Beobachtung nötig hat. Im Mittelpunkt ihrer ganzen Gedanken steht ihre sexuelle Triebhaftigkeit, die sie willensmäßig zu zügeln nicht in der Lage ist und wozu sie die Notwendigkeit verstandesgemäß auch gar nicht einsieht.

Diagnose: Erhebliche Myopie mit Schwachsichtigkeit, schwach begabt; ethisch defekt.

(IV, 9) Das zweite Kind Katharina, vierzehnzährig, ist in einer Schwachsinnigenanstalt. Sie kam erst mit sieben Jahren zur Einschulung und wird in den Zeugnissen des ersten Schuljahres als körperlich und geistig zurückgeblieben bezeichnet. Mit teils mangelhaften teils ungenügenden Prädikaten steigt sie die beiden folgenden Jahre, bleibt dann aber so erheblich zurück, daß sie die zwei letzten Jahre wieder nicht versetzt wurde. Es handelt sich um ein körperlich schwächliches Kind. Leichter Strabismus ist vorhanden. Die linke Pupille ist eine Spur weiter als die rechte, kein Nystagmus und keine Sehschwäche. Augenhintergrund o.B. Die Hände sind an den Grundgelenken der Finger nach auswärts verbreitert (abortive Polydaktylie). Sonst körperlich und auch neurologisch nichts Krankhaftes festzustellen. Psychisch fällt vor allem eine große innere Hemmung und Scheu auf. Das Denkvermögen ist sehr schlecht. Ihr Verhalten ist stumpf und schwerfällig, äußerst antriebsarm. Eine Unterhaltung gestaltet sich sehr mühsam, entweder antwortet sie gar nicht, oder nur mit einzelnen Worten. Eine zusammenhängende Schilderung von einem oder gar mehreren Sätzen ist nicht von ihr zu erreichen. Eine freie schriftliche Arbeit vermag sie, auch bei einem einfach gehaltenen Thema, nicht zu bewältigen. Sie liest stockend, kann aber den Sinn des Gelesenen nicht wiedergeben. Rechnen über die Zehn hinaus unmöglich. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind erheblich herabgesetzt. Sie fügt sich gut und ist fast willenlos lenkbar.

Diagnose: Imbecillität, leichte Mißbildungen an den Händen (abortive Polydaktylie), leichter Strabismus.

(IV, 10) Willi, der dritte der Geschwister, 13 Jahre alt, ist als Fürsorgepflegling untergebracht. Seine Schulleistungn sind genügend, teils schlechter, er kommt nur schwer mit. Willi ist im ganzen derb, guter allgemeiner Kräfte- und Ernährungszustand. Das Knochensystem ist ziemlich

massiv ausgebildet, am Skelettsystem finden sich erhebliche Reste einer früher überstandenen Rachitis. Der Brustkorb ist unregelmäßig konfiguriert, gebuckelt und die untere Brustbein-Partie eingedellt, außerdem sind die Epiphysen an Händen und Füßen verdickt. Am Hals beiderseits befinden sich einige nicht schmerzhafte, erbsengroße Drüsen. Am rechten Fuß finden sich sechs Zehen. Die zweitgrößte davon sieht wie überzählig dazwischen geschoben aus. Die zwei größten Zehen sind vollstädig miteinander verwachsen, während sich zwischen den vier folgenden nur bis zur Hälfte eine Schwimmhautbildung zeigt. Am linken Fuß sind ebenfalls die zwei größten Zehen ganz miteinander verbunden und die dritte mit der zweiten bis zur Hälfte. An beiden Händen findet sich an der Kleinfingerseite, in symetrischer Anordnung eine kleine, warzenförmige Weichteilausstülpung in Höhe des ersten Fingergelenkes. Unregelmäßiger, nicht immer vorhandener horizontaler Nystagmus. Augenhintergrund o.B., keine Sehschwäche. Am Leib fällt eine kirschkerngroße Nabelhernie auf. Die Gliedmaßen lassen sich etwas schwer entspannen. Sonst körperlich und neurologisch o.B. Über häusliche und persönliche Verhältnisse vermag er ziemlich erschöpfend Auskunft zu geben, nachdem er eine anfängliche Scheu überwunden hat. Die Sprache ist undeutlich, verwaschen und verstümmelt, er läßt Endbuchstaben oder Silben aus. Das Lesen ist noch stockend und unsicher, im Rechnen beherrscht er noch nicht ganz das kleine Einmaleins und auch die Rechtschreibung ist fehlerhaft. Allgemeines Lebenswissen, Merkfähigkeit, Gedächtnis und praktische Intelligenz sind für seine Altersstufe zur Not ausreichend. Sein Verhalten ist folgsam und willig.

Diagnose: Polydaktylie und Syndaktylie, fraglicher Nystagmus. Debilität.

(IV, 11) Das vierte Kind Emilie, 11jährig, ist ebenso wie Katharina in einer Schwachsinnigenanstalt. Sie ist altersentsprechend entwickelt und im mittleren Ernährungszustand. Auf dem Rücken, in der Schultergegend hat sie sieben haselnußgroße weiße Narben, an beiden vorderen Oberschenkelseiten stecknadelkopfgroße, gelbliche Flecken, an den unteren Extremitäten cutis marmorata. Es besteht eine Syndaktylie der Zehen I und II; II und III rechts u. links. Die Gelenkpartie der Fingeransätze ist breit ausgebildet. Am Ansatz beider Kleinfinger und am seitlichen Fußrand (Zehenansatz) befinden sich gut verheilte Operationsnarben, die auf das Entfernen von Mißbildungen hinweisen. Die Kleinfinger, besonders der linke, sind nach außen hin bogenförmig gekrümmt. Die Augen- und Pupillenbefunde sind normal. Augenhintergrund o.B. Emilie kam mit sechs Jahren zur Einschulung, ihre Schulleistungen sind äußerst schwach

und liegen auf allen Gebieten weit unter dem Altersdurchschnitt. Im Wesen ist sie Kindern gegenüber ziemlich lebhaft, während sie im Verkehr mit Erwachsenen, die sie noch nicht kennt, eine Schüchternheit aufweist, die sonst nur jüngere Kinder zeigen. Zum Antworten ist sie nur sehr mühsam zu bewegen und auch nach mehrmaligem Befragen beschränkt sie sich noch auf ein Kopfschütteln oder Schulterzucken oder antwortet nur mit einem Wort. Das Kind kennt die Uhr noch nicht. Auch sonst sind ihr nur die allereinfachsten Gegenstände des täglichen Lebens geläufig. In praktischen, alltäglichen Dingen kann sie sich selbst helfen und ist auch bei einfachen Hausarbeiten ganz geschickt. Abgesehen von einer gewissen Eigenwilligkeit bietet sie in erzieherischer Hinsicht nichts Auffälliges.

Diagnose: Imbecillität. Polydaktylie u. Syndaktylie.

(IV, 12) Das fünfte der Kinder Heinrich, 9 Jahre alt, befindet sich in einer Blindenanstalt. Bei ihm besteht eine angeborene Blindheit. Gesichtsrest: rechts 3/50, links: 1/50. Er hat ein Colobom der Iris, des Ciliarkörpers und der Chorioidea links und rechts. Die beiden Linsen sind auffallend klein und teilweise getrübt. Ferner besteht ein beiderseitiger horizontaler Nystagmus. Abgesehen von einer leichten hydrocephalen Schädelform bietet Heinrich körperlich und neurologisch nichts Auffälliges. Keine Mißbildungen der Extremitäten. Seine geistige Begabung ist ausreichend, seine Handgeschicklichkeit in Rohr- und Korbflechten zufriedenstellend. Seine Zeugnisse aus der Blindenschule sind durchschnittlich bis gut. Nach dem Urteil seiner Lehrer handelt es sich um einen munteren, sportlich guten, sehr willigen und gehorsamen Jungen. Er sei sehr gut zu leiten und komme im Unterricht gut mit.

Diagnose: Angeborene Blindheit, Colobom der Iris und Chorioidea, angeborener Nystagmus.

(IV, 13) Johann, der sechste der Geschwister, 7 Jahre alt, ist als Fürsorgepflegling untergebracht. Er ist von etwas gedrungener Statur. Es bestehen Schlottergelenke und am Skelettsystem Reste einer überstandenen Rachitis in Form von Epiphysenauftreibungen an den distalen Enden der Unterarme und Unterschenkel. Beiderseits pes planus. Sonst keinerlei Mißbildungen, keine krankhaften Augenbefunde, kein Nystagmus. Psychisch und intellektuell zeigen sich bei ihm keine groben Defekte, wenn er auch an der unteren Grenze der Norm steht. Sein Wissen und praktisches Verhalten ist für sein Alter ausreichend. Einfache Gegenstände des täglichen Lebens bezeichnet er richtig, vermag auch deren Zweckbestimmung anzugeben. In praktischen Dingen ist er ganz geschickt und in Bezug auf seine Lebenshaltung für sein Alter schon ziemlich selbständig.

Diagnose: Schwach begabt, Debilität? Plattfüße.

(IV, 14) Das siebente Kind der Familie, Johanna, 4jährig, wurde ebenfalls in Fürsorgepflege gegeben. Auch bei ihr finden sich am Skelettsystem Reste einer überstandenen Rachitis in Form von Epiphysenauftreibungen vor allem an den distalen Enden der Unterarme und einer leichten Verdickung der Knorpelknochengrenzen am Brustkorb. Außerdem besteht eine ziemlich starke Lordose der unteren Brust- und Lendenwirbel, ferner beiderseits Plattfußbildung. Cutis marmorata an den Extremitäten. Auch sie hat eine kleinkirschgroße Nabelhernie. Statik und Motorik sind noch nicht fertig ausgebildet. Mäßige Standfestigkeit, watschelnder Gang. In allen Gliedmaßen bestehen Schlottergelenke. Sonst keinerlei Mißbildungen und krankhafte Augenbefunde. Psychisch entspricht sie heute etwa ihrer Altersstufe. Wegen des noch sehr jugendlichen Alters ist eine Beurteilung der Intelligenz vorerst verfrüht.

Diagnose: z. Zt. noch unauffällig.

(IV, 15) Über den Jüngsten, Franz, 2jährig, Genaues anzugeben, ist wegen seines kindlichen Alters nicht möglich. Bei ihm finden sich keine Mißbildungen, kein Nystagmus und anscheinend auch keine Sehstörungen. Sein Verhalten ist ähnlich dem der Kleinkinder seiner Altersstufe. Auch er ist zu seinem Besten seinen Eltern fortgenommen und in Fürsorgepflege gegeben worden.

Diagnose: z. Zt. noch unauffällig.

(III, 16) Die älteste Halbschwester des Vaters der Kinder macht einen durchaus ordentlichen und unauffälligen Eindruck. Sie ist als Fabrikarbeiterin tätig und arbeitet zur vollen Zufriedenheit ihres Arbeitgebers. Die Schulleistungen waren durchschnittlich und ihr heutiges Wissen sowie ihre praktische Intelligenz sind vollkommen ausreichend. Ihre Wohnung hält sie sauber und in guter Ordnung. Der Ehemann, der gesund gewesen sein soll, starb 1929 an den Folgen einer Apoplexie.

Diagnose: unauffällig.

(IV, 16) Aus der Ehe stammt eine Tochter Käte, 14jährig. Auch sie ist völlig unauffällig, körperlich ohne jegliche Besonderheiten, psychisch geordnet und durchschnittlich begabt. Ihre Schulleistungen sowie ihr heutiges Wissen und ihre Intelligenz ist zufriedenstellend.

Diagnose: unauffällig.

(III, 17) Weitaus unerfreulicher sind die Verhältnisse bei ihrem Bruder Wilhelm E., verheiratet mit Johanna B. Auch Wilhelm E. ist wie

sein Halbbruder Konrad Trinker, der nur gelegentlich und gezwungenermaßen arbeitet. Körperlich bietet er nichts Pathologisches. Sehstörungen und Mißbildungen sind nicht vorhanden. Seine praktische Intelligenz ist für seine Sphäre ausreichend, wenn auch unter dem Durchschnitt eines Arbeiters. Sein Wissen weist allerdings große Lücken auf. Für seine Familie vermag er nur dank der Hilfe seiner Frau und der Unterstützung durch Staat und NSV. ausreichend zu sorgen.

Diagnose: Debilität. Alkoholmißbrauch.

(IV, 17) Bei seiner ältesten Tochter Maria, 15jährig, fällt vor allem eine starke Sehschwäche auf. Rechts minus 6, links minus 7,5 Dioptrieen. Links leichter Strabismus. Augenhintergrund o.B. Körperlich ist sie, wenn auch schwächlich, gesund. Die Schulleistungen waren zwar genügend, aber die Prädikate nach den Angaben des Rektors sehr nach oben abgerundet. Intelligenz ist ausreichend, das Wissen aber sehr lückenhaft. Keine Mißbildungen.

Diagnose: Angeborene Sehschwäche (Myopie), Debilität.

(IV, 18) Ihr Bruder Peter, 13 Jahre alt, ist körperlich gesund, doch intellektuell äußerst schwach. Auf der Schule blieb er bereits deimal sitzen, vor allem fällt sein mangelhaftes Denkvermögen auf. Körperlich o.B. Sehvermögen normal, keine Mißbildungen.

Diagnose: Imbecillität.

(IV, 19) Gertrud E., 10jährig das dritte der Kinder Wilhelms Es., ist ebenfalls schon zweimal sitzen geblieben. Sie ist ein körperlich und geistig sehr schwaches Kind. Keine Augenfehler, keine Mißbildungen. Körperlich z. Zt. der Untersuchung gesund, jedoch ist sie sehr anfällig.

Diagnose: Imbecillität.

(IV, 20—21) Die beiden jüngeren Kinder, Karl-Heinz und Friedrich-Wilhelm, 6- und 2jährig, waren noch zu jung, um ein Urteil über ihren psychischen und intellektuellen Zustand geben zu können. Bei Karl-Heinz ist an der rechten Hand der zweite und dritte Finger verkrüppelt, doch handelt es sich, bestätigt durch Aussagen der Hebamme, um ein Geburtstrauma.

Diagnose: noch unauffällig

(III, 18) Die Halbschwester Konrad Es., Christine, ist verheiratet mit Albert B. Sie macht persönlich einen durchaus unauffälligen Eindruck. Ihr Wissen sowie ihre praktische Intelligenz sind völlig ausreichend. Körperlich gesund, keine Mißbildungen, keine Augenfehler.

(IV, 22—26) Auch ihre Kinder, soweit sie ihres Alters wegen zu beurteilen sind, erscheinen in jeder Hinsicht gesund. Der älteste, Karl-Heinz, ist ein guter Durchschnittsschüler. Alle sind psychisch und körperlich normal. Auch hier finden sich keine Mißbildungen und keine Augenfehler.

Diagnose: unauffällig.

(III, 19) Ein weiterer Halbbruder, Mathias E., wohnt an demselben Ort wie Konrad. Körperlich ist er gesund, hat keine Mißbildungen und keine Augenfehler. Auch er ist schwachsinnig, wenn auch nicht in demselben Maße wie sein älterer Bruder und Halbbruder. Wie sie ist er Trinker und Gelegenheitsarbeiter, meist auf Baustellen oder zur Aushilfe als ungelernter Fabrikarbeiter. Bei ihm sind erhebliche Lücken im Wissen und praktischer Intelligenz festzustellen, wenn er auch in seinem Wirkungskreis zur Not damit zurecht kommt. — Er ist verheiratet mit

(III, 25) Maria D., die ebenfalls aus einer als minderwertig bekannten Familie stammt. Vater, Brüder und Onkel sind Trinker und Faulenzer, die nur durch behördlichen Druck zur Arbeit zu bringen sind.

Diagnose: Debilität, Alkoholmißbrauch.

(IV, 27) Der älteste Sohn aus dieser Ehe, Heinrich, 10jährig, ist körperlich gesund. Keine Augenfehler, keine Mißbildungen. Seine Schulleistungen sind durchschnittlich genügend, teils weniger. Bisher nicht sitzen geblieben, doch ist er unter Durchschnitt begabt, wenn auch ausreichend, um die Volksschule absolvieren zu können. Die praktische Intelligenz genügt.

Diagnose: schwach begabt.

(IV, 28—30) Ein Sohn, Hermann, starb nach sechs Wochen an Krämpfen. Die übrigen Kinder, Peter-Mathias 3jährig und Friedrich-Wilhelm 1jährig, sind noch zu jung, um ein Urteil über ihre psychischen Fähigkeiten abgeben zu können. Körperlich sind sie gesund.

Diagnose: noch unauffällig.

(III, 20) Eine im Alter von 9 Jahren verstorbene Halbschwester Konrads, Rosa E., soll ein körperlich und geistig gesundes und unauffälliges Mädchen gewesen sein.

Diagnose: unauffällig (?).

(III, 21) Von den männlichen Vertretern der Sippe Konrads ist der jüngste, Hermann E., der am wenigsten Auffallende. Körperlich gesund,

keine Augenfehler und keine Mißbildungen. Wenn er auch keinen gelernten Beruf ausübt, so möchte man dies doch bei ihm nicht so sehr auf die schlechten Erbanlagen zurückführen, sondern vorweg auf die peristatischen Einflüsse, die ja für die ganze Familie überhaupt erschwerend hinzukommen. Hermanns Wissen ist ausreichend. Er ist auch der einzige der Familie, der den Dingen, die über seine persönliche Sphäre hinausgehen, einiges Interesse entgegenbringt. Die praktische Intelligenz ist gut. Er ist als Fabrikarbeiter beschäftigt und arbeitet zur Zufriedenheit seiner Meister. Wenn er auch nicht Alkoholabstinent ist, so ist er doch nicht als Trinker anzusprechen.

Diagnose: unauffällig.

Leider verliert sich die Spur in der väterlichen Familie nun ganz und **(II, 7)** gar. Der natürliche Vater des jüngeren Konrad E. ist ein Holländer Peter Hendrik Dr. gewesen, der seinerzeit in K. als landwirtschaftlicher Aushilfsarbeiter beschäftigt war und noch in demselben Jahr nach Holland zurückgekehrt ist. Nutzbringende Angaben irgendwelcher Art waren weder amtlicherseits noch sonstwie über ihn in Erfahrung zu bringen. **(II, 16)** Bei der Mutter des Vaters, Maria Katharina E. geborene V., fällt zunächst der Augenbefund auf. Sie ist, wie ihr ältester Sohn Konrad, fast blind und die Augenuntersuchung weist nahezu dasselbe Bild auf, wie bei Konrad E und dessen Sohn Heinrich. Auch bei ihr besteht beiderseits ein Colobom der Iris und Chorioidea sowie ein angeborener Nystagmus. Links blind, rechts Gesichtsrest 5/50. Das Sehloch links ist durch graue Masse völlig verlegt. Beiderseits Trübungen der Linse und Triefaugen. Psychisch besteht heute unbedingt ein Schwachsinn, der wohl als angeboren zu bezeichnen ist. Bis in ihr hohes Alter ist sie nach Aussagen der Polizeibeamten von G. und des Hauptlehrers desselben Ortes, sexuell haltlos gewesen, was sich in ähnlicher Weise am auffälligsten bei ihrer Enkelin Gertrud zeigt. Nach dem Tode des älteren Konrad Es. hat sie mit 55 Jahren nochmals einen Heinrich Eu. geheiratet, mit dem sie vorher zu Lebzeiten ihres ersten Mannes schon länger Verkehr hatte. Körperliche Mißbildungen finden sich bei ihr nicht.

Diagnose: Imbecillität. Angeborene Blindheit (Colobom der Iris und Chorioidea und Nystagmus).

(II, 8) Der Adoptivvater Konrad Es., der ältere Konrad E., war nach Angaben des Schulleiters, der Beamten des Standesamtes und des Einwohnermeldeamtes in G., Gelegenheitsarbeiter und Trinker. Außerdem soll er an „Anfällen" gelitten haben. Genaues war darüber nicht zu ermitteln.

Diagnose: Asozialer Trinker.

(II, 17 und 20; III, 26—34; IV, 31—53) Von der Sippe der Mutter des Vaters der Familie F. konnte nur eine Familie untersucht werden. Die Geschwister sind verstorben und die Nachkommen verzogen. Nur in der Familie der Schwester Johanna Theodora F., verheiratet mit Jakob B., war eine Untersuchung möglich. Bei ihnen, ihren Kindern und Enkelkindern fand sich kein krankhafter Befund oder Zeichen von Minderwertigkeit. Ihr soziales Verhalten und ihre soziale Lage weichen vorteilhaft von der der Nachkommen ihrer Schwägerin und Schwester Katharina ab. Sie sind teils als Fabrikarbeiter, teils als Bauarbeiter beschäftigt. Auch die angeheirateten Männer der Frauen dieser Familie üben diese Berufe aus. Die Wohnstätten der einzelnen Familien, soweit sie aufgesucht werden konnten, waren, wenn auch zum Teil ärmlich, doch sauber. Die ältesten Geschwister, Margareta und Antoinette, sowie die jüngsten, Emilie und Katharina, sind Zwillinge; die letzteren haben wieder Brüder geheiratet. Die Eiigkeit konnte nicht exakt nachgeprüft werden, doch handelt es sich nach den Untersuchungsbefunden mit größerer Wahrscheinlichkeit in beiden Fällen um Zweieiigkeit.

Diagnose: unauffällig.

Über die Eltern der Katharina, Arnold F. und Agnes geb. Fe. (I, 3—4), die Urgroßeltern der Kinder, konnte Genaues weder von den Einwohnern noch von amtlicher Seite ermittelt werden. Fest steht, daß Arnold F. aus Holland stammt, daß auch Agnes Fe. schon, wie manche ihrer Nachkommen, ein uneheliches Kind ihrer Mutter war und mit Sicherheit ein ähnliches Augenleiden gehabt hat wie ihre Tochter Katharina, ihr Enkel Konrad und ihr Urenkel Heinrich.

Diagnose: ungewiß, bei I, 4 höchstwahrscheinlich angeborene Blindheit (Colobom der Iris und Chorioidea).

Soweit waren die Erhebungen in der Sippe des Vaters der Kinder E. möglich .

Die Sippe der Mutter der Kinder muß ebenfalls zu den minderwertigen gerechnet werden.

(III, 13) Die Schwester der Mutter, Christine, ist wie diese ein voreheliches Kind und nach Aussage der noch lebenden Mutter, von demselben Vater. Christine ist verheiratet mit Wilhelm D. und hat zwei Töchter. Mißbildungen und Augenfehler sind bei ihr nicht festzustellen. Körperlich ist sie gesund. Die praktische Intelligenz reicht für ihre Sphäre aus. Das Wissen, sowohl Schulwissen wie auch allgemeine Kenntnisse, sind

sehr dürftig. Hervorstechend ist ihr und ihrer Angehörigen hemmungsloses Verhalten: diese Menschen haben gar kein Verständnis für Sittlichkeit, und das Fehlen dieser Eigenschaft ist mit Sicherheit in dieser Sippschaft als erbbedingt anzusehen. Dieses hemmungslose und asoziale Verhalten ist natürlich den andern Einwohnern des Ortes bekannt und hat sogar soweit geführt, daß in der Besatzungszeit den fremden, teils farbigen Soldaten, das Betreten des Hauses der Familie D. verboten war, was durch Anschlag am Hause bekannt gemacht wurde. Das Beschämende einer solchen Tatsache vermag weder die Frau noch sonst einer der Familie einzusehen.

Diagnose: Debilität, asozial und ethisch defekt.

(III, 5) Ihr Mann Wilhelm D. erscheint körperlich gesund; psychisch ist er nicht grob auffällig, wenn auch an der unteren Grenze der Norm. Gelegenheitsarbeiter. Vermittels der Unterstützung durch N.S.V. und W.H.W. vermag er zur Not für seine Familie zu sorgen.

Diagnose: schwach begabt (Debilität?).

(IV, 6—7) Die Kinder dieses Ehepaares, Gertrud und Maria, waren beide sehr schlechte Schülerinnen, die nur mit Mühe und Not durch die Schule gekommen sind. Die ältere Gertrud, 20jährig, hat bereits ein uneheliches Kind und war z. Zt. der Untersuchung wieder schwanger, angeblich von einem anderen Manne. Von der jüngeren Maria, 16 Jahre alt, steht fest, daß auch sie geschlechtlich zu verkehren pflegt. Körperlich sind beide gesund, keine Mißbildungen und Augenleiden. Die ältere stottert.

Diagnose: Debilität, ethisch defekt.

Der Vater von III, 13 und 14 soll nach Angaben der Mutter (II, 5) **(II, 4)** Heinrich Sp. sein. Er selbst lehnt diese Vaterschaft ab. Es handelt sich bei ihm um einen körperlich hinfälligen, alten Mann, der schwachsinnig ist. Ob senile Demenz oder ein früher schon vorhanden gewesener Schwachsinn vorliegt, läßt sich mit Sicherheit nicht feststellen. Apoplexie oder sonstige Zeichen für Arteriosklerose sind nicht bemerkt worden oder festzustellen. Da sich weder bei ihm noch bei II, 5 Zeichen für Sehschwäche, Myopie und Polydaktylie oder Syndaktylie finden, erscheint seine Behauptung, er sei nicht der von II, 6 angegebene Vater ihrer Töchter, als sehr wahrscheinlich.

Diagnose: Schwachsinn (angeboren?).

(II, 3; III, 10; III 12; III, 4; IV, 5; III, 11) Seine Frau ist körperlich und geistig normal; sie bietet nichts auffälliges und führt zusammen mit

der ältesten, unverheirateten Tochter, die ebenfalls gesund ist, den Haushalt gut und sauber. Auch die jüngste Tochter Anna ist gesund und unauffällig, sie ist verheiratet mit Hubert Bl. und hat einen körperlich gesunden und geistig normalen Sohn Peter. Außer diesen bei den unauffälligen Töchtern lebt noch die schwachsinnige Henriette, 26 Jahre alt. Eltern und Geschwister geben an, sie sei im Säuglingsalter fieberhaft erkrankt gewesen. Körperlich und neurologisch ließ sich bei der Untersuchung kein krankhafter Befund erheben. Psychisch war sie als Kind schon erheblich minderwertig. Sie hat wohl die Schule kurze Zeit besucht, ist aber nie versetzt worden. Heute ist sie weitgehend verblödet, wohl ansprechbar aber vernünftige Antworten sind von ihr nicht zu erhalten. Ganz einfache Hausarbeiten vermag sie auszuführen, aber selbständige Handlungen kann sie nicht vollbringen.

Diagnose: Idiotie ungeklärter Genese.

(II, 5) Die Mutter der Mutter der Kinder E. ist eine körperlich und geistig abgebaute Greisin. Mißbildungen und Augenfehler hat sie nicht. Trotz ihres Alters von 74 Jahren sieht sie noch so gut, daß sie häusliche Arbeiten, auch Naharbeiten, gut ausführen kann. Intellektuell ist sie schwachsinnig, wenn sich auch nicht mit Sicherheit feststellen läßt, ob angeborener oder altersbedingter Schwachsinn vorliegt. Für Arteriosklerose finden sich keine Anhaltspunkte.

Diagnose: Schwachsinn (angeboren?).

(II, 6; III, 9; III, 7; III, 8; III, 6) Die einzigen Verwandten von II, 5, die aufzufinden waren, stammen von ihrer Schwester Frau Hubertine B. ab, die in H. eine Gemischtwarenhandlung zusammen mit ihrer jüngsten Tochter Katharina betreibt. Die älteste Tochter Maria, ist in Holland verheiratet und hat zehn, angeblich gesunde Kinder. Die zweitjüngste Tochter lebt auch in H. Sie und ihre Kinder sind körperlich und geistig gesund und unauffällig, keinerlei Mißbildungen. Der im Kriege gefallene Sohn Wilhelm war unverheiratet und soll gesund gewesen sein.

Dies sind die Ergebnisse der Erbanamnese, soweit diese möglich war.

Von 120 Personen, über die überhaupt Tatsachen in Erfahrung zu bringen waren, und die zum Teil bereits verstorben sind, wurden 65 in ihrem sozialen Milieu aufgesucht und untersucht. Außerdem stützen sich die vorliegenden Ergebnisse auf Auskünfte bei Standes-,

Melde- und in erster Linie bei Gesundheitsämtern. Die in Frage stehenden Schulen wurden persönlich aufgesucht, um Auskünfte zu erhalten und Zeugnisse einzusehen und vor allem waren die Mitteilungen, die uns die zuständigen Fürsorgerinnen geben konnten, von besonderer Wichtigkeit. Es wurde so versucht, den Rüdinschen[38]) Forderungen, daß die Forschungen auf möglichst viele, belastende Verwandtschaftsgrade ausgedehnt werden müssen und daß nach allen erheblichen Erbkrankheiten und Defekten geistiger und körperlicher Natur geforscht werden muß, gerecht zu werden.

Wie eingangs erwähnt und aus den Untersuchungsergebnissen hervorgeht, fanden sich vier Erbmerkmale in einer Geschwisterschaft, von denen jedes für sich schon ein erbliches Leiden darstellt: Schwachsinn, Polydaktylie und Syndaktylie, Iris- und Chorioideacolobom mit Nystagmus und schwere Myopie.

Es war nun zu untersuchen, ob diese Merkmale Ausdruck einer einheitlichen Genstörung sind (etwa ähnlich wie bei dem Bardet-Biedl'schen Syndrom), oder ob sich die Häufung durch schlechte Auslesevorgänge bei der Ehepartnerwahl in dieser sozial tiefstehenden Schicht, der die Untersuchten entstammen, erklären läßt.

Das weitverbreitetste und auch bei zahlreichen anderen Sippenmitgliedern außerhalb der Ausgangsgeschwisterschaft festgestellte Merkmal war der Schwachsinn. Daß es sich hier um eine unbedingt erbliche Form des Schwachsinns handelt, geht aus den Sippenbefunden eindeutig hervor. Doch ist die Annahme eines erblichen Schwachsinns noch nicht einmal so unumstritten lange anerkannt, wie man allgemein anzunehmen scheint. Während heutzutage keiner mehr am Vorkommen eines erblichen Schwachsinns zweifelt, kennt Weygandt[39]) 1915 noch keine Erblichkeit in der Unterscheidung des Schwachsinns, sondern nimmt einen solchen nur auf Grund irgendwelcher Mängel, Hemmungen, Störungen oder Erkrankungen wie z. B. Erziehungsmangel, Sinnenmangel u. Ä. an. Auch Dol-

linger[8]) nimmt 1921 erbliche Ursachen für Schwachsinn nur für solche Fälle an, die ins Gebiet der funktionellen Psychosen oder neuro-psychopathischen Konstitutionen hinüberspielen oder bei amaurotischer Idiotie, tuberöser Sklerose, bei Pyrgo- und Mikrocephalie und Mongolismus oder höchstens in jenen Fällen, bei denen gleichsinnige, womöglich kollaterale Belastung vorliege. Im Gegensatz zu früher unterscheiden heute alle Autoren einen endogen bedingten und exogen bedingten Schwachsinn. Die Verhältniszahlen wie sie z. B. Brugger, Hecker, Lokay, Pönitz und auch Lechner bei Bonner Hilfsschulkindern fand, interessieren hier weniger, zumal auch, wie Panse[27]) betont hat, anzunehmen ist, daß der angeborene Schwachsinn keineswegs etwas Einheitliches ist, sondern verschiedene Sonderformen zu berücksichtigen sind. Doch könne man die unkomplizierten Fälle des Schwachsinns (80—90%) zu den einheitlichen Formen rechnen. Ähnlich sagt auch Lange[17]), es sei von vorneherein nicht wahrscheinlich, daß die Schwachsinnszustände erblich einheitlich seien, auch klinisch gebe es verschiedene Formen erblichen Schwachsinns. Bei der Sippe E „abgesehen von III, 11, fanden wir keinerlei Anhalt für exogen bedingten Schwachsinn, sodaß eine erbliche Form mit Sicherheit anzunehmen ist. Es fand sich hier, wie auch Brugger, Lokay, Hecker, Pönitz u. A. feststellen konnten, ein starkes Vorherrschen des Schwachsinns in der Verwandtschaft. In Bezug auf den Erbgang ist in der Sippe E. nicht festzustellen, ob es sich um Dominanz oder Rezzessivität handelt, da in fast allen Fällen Minderwertige sich mit Minderwertigen paarten. Im allgemeinen ist wohl zu sagen, daß es sowohl einen dominanten wie auch rezessiven Erbgang des Schwachsinns gibt, wie dies auch Lange annimmt, während Bumke[19]) 1929 noch der Ansicht ist: über den Erbgang des Schwachsinns wisse man freilich beinahe noch nichts. Die Tatsache, daß in dem Familienzweig III, 16—21 nur die Männer schwachsinnig sind, läßt sich vielleicht als Bestätigung der Ansicht Luxenburgers[24]) deuten, daß in vielen Fällen, was nicht überall gelte, eine Dimerie vorliege: eine Dimerie mit einem rezessiven Faktorenpaar in einem autosalen Chromosom, einem andern im X-Chromo-

som. Für den Vater genüge dann schon die Anlage in einem autosomalen Chromosom. Besonders schlecht sei die Prognose für Söhne geschädigter Mütter. Ebenso fand Juda[16]) die Möglichkeit eines geschlechtsgebundenen Erbganges. Verfasserin meint im übrigen, die schweren Formen vererbten sich rezessiv, die leichteren dominant, was auch nach Lange möglich sei. J. stellt ferner fest, daß die Schwachsinnigen zum größten Teil besonders kinderreichen Familien entstammen, daß dagegen die Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen selbst keine besonders hohe sei. Die Fortpflanzung gehe hauptsächlich über die männlichen Nachkommen. Im Umkreis der Schwachsinnigen aller Grade finde sich eine große Anzahl als unauffällig bezeichneter, jedoch lebenslang auf der untersten Stufe der normalen Intelligenz stehender Individuen. Die Anzahl von Psychopathien und Psychosen in der Nachkommenschaft sei größer als in der normalen Bevölkerung. Verfasserin fand keinen Anhalt für Sonder- oder Teilbegabung künstlerischer oder anderer Art bei sonst intellektuell benachteiligten Individuen. Unser Material bestätigt die Auffassung der genannten Autorin insofern, als auch wir außer den reinen Schwachsinnsfällen, zahlreiche dürftige Begabungen und das Fehlen bemerkenswerter Talente feststellen mußten. Auch die intellektuell Unauffälligen blieben in sozial untergeordneten Berufen (ungelernte Arbeiter) und nur in den Seitenlinien gelang es einigen, in einen etwas gehobeneren Stand aufzusteigen (III, 1—3, 6—9; II, 17 u. 20; III, 26—43). Wir sahen darin den Ausdruck der ungünstigen Ehepartnerwahl in derartigen Familien (z. B. II, 4 u. 5 (?); 7 u. 16; 8 u. 16; III, 5. u. 13; 14 und 15; 19 u. 25), bei der sich immer wieder minderwertige Geistes- und Charakteranlagen kombinieren und den sozialen Aufstieg unmöglich machen.

In den schon angeführten Arbeiten, wie auch bei sonstigen Autoren, findet man den Alkoholmißbrauch in Beziehung gesetzt zum Schwachsinn. Auch in der Sippe E. ließ sich, wie angeführt, Trunksucht in gehäufter Weise feststellen (II, 8; III, 15, 17, 19 und Verwandte von 25). Die Frage, ob dem Alkohol als solchem eine keimschädigende Wirkung zuzumessen ist, war lange umstritten.

Noch 1925 nimmt Weygandt eine solche keimschädigende Wirkung des Alkohols an, die alle möglichen Erkrankungen zur Folge haben soll, wie Schwachsinn, Epilepsie, Schizophrenie, Chorea minor usw. Eine ähnliche Meinung läßt sich vereinzelt auch heute noch hören. Dagegen fand Pohlisch 1927[32]) keinen Anhalt für Keimschädigungen durch Alkohol und stellte auf Grund seiner Untersuchungen fest, daß sich keine Bestätigung der Forelschen Blastophorielehre ergäbe, nach der die Keimschädigung durch Alkohol eine Hauptquelle der sogenannten erblichen Entartung unserer menschlichen Kulturrassen sei. Zu demselben Schluß kam Panse[2"]) 1929 bei Untersuchungen an 721 Kindern von 200 schweren Gewohnheitstrinkern: Zur Klärung der Frage, ob der Alkoholismus der Erzeuger durch Keimvergiftung idiotische, epileptische, neuropathische oder geisteskranke Nachkömmlinge schafft, oder ob solche Nachkommenschaft nur deshalb entsteht, weil der trinkende Erzeuger selbst aus „nervösem" Stamm geboren einfach seine übernommene Belastung weiter vererbt, stellte er fest, daß sich keine sicheren Anhaltspunkte, daß Psychosen, Psychopathien, Schwachsinn, Epilepsie und körperliche Mißbildungen auf Keimschädigungen zurückzuführen wäre, finden ließen. Ebenso kommt Brugger[4]) zu dem Ergebnis, daß ein keimschädigender Einfluß des Alkohols nicht nachweisbar ist, und auch bei ihm finden wir die Auswirkung der ungünstigen Ehepartnerwahl.

In der Sippe E., wie überhaupt bei schweren Erbleiden, ist die Ausmerzung die Methode der Wahl. Keineswegs kann man sich mit der Meinung Dollingers[5]) einverstanden erklären, welcher glaubt, daß auf dem Wege der Rassenhygiene und sozialen Fürsorge nicht einmal theoretisch viel zu erwarten stehe, die praktischen Erfolge aber äußerst spärlich sein würden, da er der erblichen Belastung nur eine geringe Rolle beimessen könne. Wie anders früher Stämme und Völker dachten und handelten, die sich gesund und tüchtig erhalten wollten, geht aus der Methode der alten Lakedämonier hervor, die Kinder, von denen nichts Gutes zu erwarten stand, im Taygetosgebirge aussetzten. Noch im frühen Mittelalter ging die Volksmei-

nung dahin, daß Mißgeburten und Wechselbälge auf den Misthaufen gehörten und erst der römischen Kirche blieb es vorbehalten, Geisteskrankheiten und Schwachsinn durch Exorzismus zu behandeln, den auch Luther noch anwandte. Für unsere Zeit soll jedenfalls gelten, daß der Mensch nach seiner sozialen Leistungsfähigkeit beurteilt wird (Weygandt). Die einzige Möglichkeit, der schädlichen Erbkraft des Schwachsinns entgegenzutreten, ist die Sterilisation, die von seiten der deutschen Psychiater schon lange, erstmalig auf der Kasseler Tagung d. V. f. Ps. 1925, gefordert wurde und im nationalsozialistischen Reiche durch das Gesetz vom 14. 7. 1933 ihre Verwirklichung fand.

Des weiteren fand sich in der Sippe E. das Auftreten von Polydaktylie, die in zwei Fällen (IV, 10 u. 11) mit Syndaktylie verbunden war. Auch bei diesem Leiden handelt es sich um eine erbliche Anlage. Grote (12) hält es für gleichgültig, ob es sich um reine Polydaktylie handelt oder verbunden mit anderen Mißbildungen. Er findet bei seinen beschriebenen Fällen, wenn es sich um reine Polydaktylie handelt, einen dominanten, sonst aber einen nicht ganz regelmäßigen Erbgang. Zum Erbgang der Polydaktylie sagt v. Verschuer[38]): Die Polydaktylie wird durch ein einfaches autosomales dominantes Gen bedingt. Es gibt beim Menschen verschiedene Gene für Polydaktilie, was eine Besonderheit darstellt. Dadurch entstehen bestimmte Familientypen (z. B. Verdoppelung des ersten oder fünften Fingers, polysymptomatische Störung der Fünfstrahligkeit). Vielleicht gibt es auch Polydaktyliegene, die sich nur nach ihrem Wirkungsgrad unterscheiden.Ob das Gen für Polydaktylie sich überhaupt manifestiert, und wenn es sich manifestiert, welchen Manifestationsgrad es dann zeigt, ist von der Peristase (die wir im einzelnen noch nicht kennen) abhängig; höchstwahrscheinlich sind auch die andern Gene (Nebengene) für die Äußerung des Polydaktyliegens von Bedeutung dadurch, daß sie eine lokale Disposition schaffen. — Im vorliegenden Falle wird man wohl eine reine Polydaktylie annehmen müssen, da es sich ja bei der Syndaktylie nur um eine, in der embryonalen Entwicklung zeitlich bedingte, Manifestationsform der

Polydaktylie[28]) handelt. Auch eine Dominanz des Erbgangs kann durch die Vererbung von Mutter auf Kinder (III, 14 u. IV, 10—11) als erwiesen gelten. Daß sich in früheren Generationen keine Fehlentwicklung ähnlicher Art feststellen läßt, liegt wahrscheinlich daran, daß die Vaterschaft des II 4 zu III 13—14 doch sehr unsicher ist.

Außer den beiden schon angeführten Erbleiden fanden sich in der Sippe E. noch angeborene Augenfehler und zwar sowohl angeborene Blindheit (Colobom der Iris und Chorioidea und angeborener Nystagmus) sowie andererseits angeborene Myopie. Gütt, Rüdin und Ruttke[13]) nehmen außer anderen, uns hier nicht interessierenden Krankheiten, den angeborenen Star, von dem ein dominanter Erbgang angenommen wird, das Colobom, das sich dominant und rezessiv vererben soll, und Schwachsichtigkeit mit Nystagmus als Leiden an, die als erbliche Blindheit anzusprechen sind. Marchesani[26]) ist der Ansicht, daß sich ein starres Schema für erbliche Blindheit nicht aufstellen läßt. Alle die Krankheiten fallen darunter, bei denen man von einer Invalidität des Auges sprechen kann. Kranke mit leichten Manifestationsgraden eines an sich schweren Erbleidens seien besonders gefährdet, da sie aus wirtschaftlichen Gründen viel leichter imstande sind, eine Familie zu gründen. Zur Ontogenese der erblichen Spaltbildung stellt v. Szilly[27]) fest, daß es sich bei den Mißbildungen des Auges um idiogene und peristatisch bedingte handeln kann. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Mißbildungen nicht sekundär durch das Verhalten des Bindegewebes, sondern vielmehr p r i m ä r bedingt sind, durch einen der ektodermalen Anlage innewohnenden abnormen Bildungstrieb. v. Sz. nimmt für Augenspaltbildungen der geschilderten Art einen rezessiven Erbgang an. Dagegen beschreibt Fleischer[7]) einen direkten dominanten Erbgang des Spaltcoloboms der Iris und Chorioidea. In der Sippe E. konnten wir in Übereinstimmung mit Fleischer durch die Tatsache, daß sich dasselbe Merkmal innerhalb von vier Generationen verfolgen ließ, einen dominanten Erbgang feststellen. Zur Frage der Erblichkeit der Kurzsichtigkeit, die wir in der Sippe E. bei III, 14 und IV, 8 fanden, ist allgemein zu bemerken, daß dann eine erbliche

Schwachsichtigkeit vorliegt, wenn sie über minus 12 Dioptrieen hinausgeht, was ganz sicher bei IV, 8 mit dem Befund von minus 13 Dioptrieen zutrifft. Doch ist auch nach dem Augenbefund bei der Mutter eine solche erbliche Schwachsichtigkeit anzunehmen. Durch seine Untersuchungen, die Clausen[5]) im Kriege in österreichischen Rekrutendepots anstellte und zwar bei Probanden, die nie zur Schule gegangen waren oder nie Naharbeit gemacht hatten und wo er 500 Fälle überprüfte, kommt er zu der Überzeugnug, daß es keine Myopie durch Überarbeitung oder ähnliche Mehrbelastung des Auges gebe, sondern daß es sich um eine erbliche Anlage handelt. Ebenso nimmt Jablonski[15]) eine Erblichkeit der hochgradigen Myopie als sehr wahrscheinlich an, wobei er hochgradig als über minus 3 Dioptrieen rechnet. Der Erbgang sei rezessiv, vielleicht geschlechtsgebunden. Fleischer[9]) stellt fest, bei den zur Myopie führenden Veränderungen könnten Einwirkungen in Frage kommen, die nicht im Auge selbst, sondern außerhalb desselben zu suchen seien und zu einer Formveränderung des Auges führen können, falls eine Veranlagung zu einer solchen vorhanden ist. Hochgradige Myopie sei erblich, als monohybrides rezessives Erbleiden. In unserm Falle konnten wir nur feststellen, daß sich die Myopie direkt von Mutter auf Tochter vererbte (III 14 zu IV 8) und sich nicht mit der gefundenen erblichen Blindheit in Zusammenhang bringen ließ, da letztere ausschließlich in der väterlichen Sippe gefunden wurde.

Bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse wurden zunächst in Verfolgung der einzelnen Sondermerkmale die mendelnden Teilfaktoren in gleichsam abgekürzter Weise (Dürken) allein verfolgt[28]). Doch wie Panse[28]) fordert, entwicklungsphysiologisch und auch klinisch, genüge diese einseitige Betrachtungsweise nicht. So wurde denn untersucht, ob es sich in der Sippe E. um ein erbliches Syndrom handeln könne. Die Funde von Schwachsinn + Polydaktylie + angeborenen Augenleiden ließen die Vermutung nicht von der Hand weisen, es handele sich hier vielleicht um ein Syndrom ähnlich dem des Bardet-Biedl. Doch wie P. anführt, segeln unter der Flagge des B.B. zahlreiche atypische Fälle. In der Sippe

E. fand sich zudem kein Anhalt für eine retinitis pigmentosa ebensowenig für eine dystrophia adiposo-genitalis, so daß sich diese Fälle nicht einmal mit den von Panse als abortiv und atypisch geschilderten in Vergleich setzen lassen. Auch zu andern Syndromformen, wie sie etwa von Curtius, Gännslen, Sjögren, C. de Sanctis und A. Cachione, Cornelia da Lange, Fritsche oder Hanhart beschrieben wurden, paßten die gefundenen Untersuchungsergebnisse der Sippe E. nicht. Es ist ja überhaupt schwierig, beim Menschen erbliche Syndrome zu finden.[28])

Die vorliegende Erbanalyse hatte nun die Aufgabe, festzustellen, ob der bei den Ausgangsfällen aufgetretene Merkmalskomplex sich nicht eher als eine durch connubiales Zusammentreten hervorgerufene Kombination ungünstiger Erbfaktoren erklärt. Dieser Nachweis kann als gelungen angesehen werden; denn der gefundene Komplex in der Ausgangsgeschwisterschaft konnte sippengemäß aufgelöst werden: der Schwachsinn fand sich zwar in beiden Vorfahrenlinien, die erbliche Blindheit dagegen (Colobom der Iris und Chorioidea) eindeutig nur in der Sippe des Vaters (III, 15; II, 16; I, 4) die Polydaktylie und auch die Myopie eindeutig nur in der Sippe der Mutter.

Es erhebt sich damit die Frage, wie es zu dieser Anhäufung von Minderwertigkeiten kommt. Hierzu ist festzustellen, daß sowohl Vater wie Mutter der Ausgangsgeschwisterschaft als auch viele andere Mitglieder der Sippe minderwertig sind und sich so hier Schlechtes zu Schlechtem fand. Damit drängt sich die Überlegung auf, daß auch in dieser Sippe das Problem in erster Linie ein soziales ist. Schon mehrfach wiesen verschiedene Autoren auf die ungeheure soziale Bedeutung des Schwachsinns wie der angeborenen Minderwertigkeit hin, so Pönitz, Brugger, Schmidt-Kehl und andere, die übereinstimmend zu der Überzeugung kommen, daß die Fortpflanzung der Minderwertigen, sowohl auf dem Lande als auch in der Stadt,[14]) eine überdurchschnittlich hohe ist. Auch Geyer[10]) findet, daß die Gefahr der Schwängerung durch minderwertige Partner eine große ist, so daß sich hier das Wort: gleich zu gleich gesellt sich gern, bewahrheite. Luxemburger[25]) stellt fest, daß die Anlage zu Schwach-

sinn kein pränataler Letalfaktor ist, so daß sich für die Eugenik zwei Schlüsse ergäben: 1. die Tatsache, daß die Anlage zum Schwachsinn kein letaler Faktor ist, schränke die natürliche Ausmerze der Anlage erheblich ein, und 2. die hohe Manifestationswahrscheinlichkeit des erblichen Schwachsinns eröffnet die Aussicht, durch Sterilisation der erblich Schwachsinnigen alle homozygoten Anlageträger von der Fortpflanzung auszuschalten. Meggendorfer[20]) fand, wie auch schon Kretschmer, daß sich Schwachsinn mit Defekten des Charakters und Gemütslebens, vielleicht auch mit gehäuften körperlichen Dysplasien kombiniere mit: Entartungserscheinungen. Verfasser fand weiter die verschiedensten Grade von Schwachsinn in derselben Familie: so ergibt sich die Forderung wegen eines vermutlich geschlechtsgebundenen rezessiven Erbganges, daß auch leichte Begabungsmängel gerade bei Mädchen ernste Beachtung verdienen. Auch M. stellte eine Affinität zu gleich gearteten Geschlechtspartnern fest. In der Sippe E. steht nun auch bei fast allen Abkömmlingen von II, 4 und 5; 8 und 16 ein weitgehendes soziales Versagen im Vordergrunde des Erscheinungsbildes. Die Erbbedingtheit eines solchen asozialen Verhaltens beweisen die Arbeiten von Johannes Lange, Kranz, Finger, Ritter, Stumpfl, Dubitscher u. A. Damit ergibt sich die Notwendigkeit, die Zahl der Gemeinschaftsunfähigen in den nächsten Generationen durch rassenpflegerische Maßnahmen zu vermindern.[18]) In der Sippe E. finden sich ähnliche Zustände wie sie Knorr[18]) bei seinen drei beschriebenen Sippen feststellen mußte. Er fand weiter, daß der einzige Symptomenkomplex der neben dem Schwachsinn eine Rolle für das asoziale Verhalten spielen könnte, der Alkoholismus sei. Auch K. kommt zu der Erkenntnis, daß die biologische Partnerregel das entscheidende Lebensgesetz in der Fortpflanzung der Gemeinschaftsunfähigen zu sein scheine, und sich die Erbuntauglichen mit dem instinktsicheren Gefühl der Zusammengehörigkeit zueinander fänden. So erhebt sich die Forderung nach einem Gesetz, das die wichtigste, bisher noch ungelöste Aufgabe der ausschaltenden Erbpflege: die Verminderung der Asozialen löst

und das in Verfolgung des von der Natur gezeigten Weges geht, den die Rassenhygiene und mit ihr das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eingeschlagen hat.

ZUSAMMENFASSUNG.

Von 120 Sippenmitgliedern wurden 65 selbst gesehen und untersucht. Ausgegangen wurde von einer Geschwisterschaft mit Polydaktylie und Syndaktylie, erblicher Blindheit infolge Coloboms der Iris und Chorioidea und angeborener Nystagmus, angeborener Sehschwäche infolge hochgradiger Myopie sowie Schwachsinns. Es wurde ferner in der gesamten Sippe starkes asoziales Verhalten festgestellt, sowie häufiges Vorkommen von Alkoholismus. Die zunächst offene Frage, ob ein genetisch einheitliches Syndrom, etwa ähnlich dem des Bardet-Biedlschen Syndroms, vorliege oder nicht, wurde durch die eingehende Sippenanalyse dahin aufgeklärt, daß es sich in der Sippe E. um eine durch connubiales Zusammentreten verursachte Kombination ungünstiger Erbfaktoren im Bodensatz der Bevölkerung handelt. Außer dem Schwachsinn trat die Gemeinschaftsunfähigkeit der Sippe in den Vordergrund der Erscheinung, so daß sich die Forderung erhob, in Verfolgung des vom nationalsozialistischen Staat am 14. 7. 1933 geschaffenen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, auch die Frage der Ausmerzung der als untauglich anzusehenden Asozialen zu lösen.

Schrifttum.

1. Bauer, Fischer, Lenz: Menschliche Erblichkeitslehre.
2. Brugger: Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen. 1930.
3. Brugger: Familienuntersuchungen bei chron. Alkoholikern. 1934.
4. Brugger: Untersuchungen an Kindern, Nichten, Neffen u. Enkeln von chronischen Trinkern. 1935.
5. Clausen: Das Wesen d. Kurzsichtigkeit im Lichte der heutigen Vererbungslehre. 1921.
6. Debrunner: Konstitution und Vererbung in der Orthopädie (18. orthop. Kongreß).
7. Debrunner: Vom Wesen der angeborenen Mißbildungen. 1934.
8. Dollinger: Beiträge z. Aetiologie u. Klinik der schweren Formen angeborener und früh erworbener Schwachsinnszustände. 1921.
9. Fleischer: Die Vererbung v. Augenleiden: Mißbildungen, Myopie.
10. Geyer: Die Beurteilung d. angeborenen Schwachsinns z. Zwecke d. Sterilisierung. 1934.
11. Graefe-Saemisch: Handbuch d. gesamten Augenheilkunde.
12. Grote: Über vererbl. Polydaktylie. 1924.
13. Gütt, Rüdin, Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. (II. Aufl.)
14. Hecker: Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen. 1934.
15. Jablonski: Zur Vererbung d. Myopie. 1922.
16. Juda: Über Anzahl u. psychische Beschaffenheit d. Nachkommen v. Schwachsinnigen u. normalen Schülern. 1934.
17. Köhler: Über die Vererbung der Vielfingrigkeit beim Menschen. 1924.
18. Knorr: Vergleichende erbbiologische Untersuchungen an drei asozialen Großfamilien. 1939.
19. Lange: Die eugenische Bedeutung des Schwachsinns. 1933.
20. Meggendorfer: Zur Abgrenzung d. krankhaften Schwachsinns u. d. physiologischen Beschränktheit.
21. Lechner: Die Ursache d. Schwachsinns bei Bonner Hilfsschulkindern.
22. Lokay: Über die hereditären Beziehungen der Imbecillität. 1929.
23. Luecken: Über eine Familie mit Syndaktylie. Berlin 1938.

24. Luxenburger: Endogener Schwachsinn und geschlechtsgebundener Erbgang. 1932.

25. Luxenburger: Zur Frage d. Manifestationswahrscheinlichkeit des erblichen Schwachsinns und der Letalfaktoren. 1931.

26. Marchesani: Über erbliche Blindheit. 1936.

27. Panse: Erbfragen b. Geisteskrankheiten. 1936.

28. Panse: Über erbliche Zwischenhirnsyndrome u. ihre entwicklungsphysiologischen Grundlagen (dargestellt am Modell d. Bardet-Biedlschen Syndroms) 1938.

29. Panse: Alkohol u. Nachkommenschaft. 1929.

30. Pleger: Erblichkeitsuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern. 1931.

31. Pönitz: Zur Diagnostik u. sozialen Bedeutung d. angeb. Schwachsinns. 1935.

32. Pohlisch: Die Nachkommenschaft Deliriumtremens Kranker. 1927.

33. Rüdin: Empirische Erbprognose. 1933.

34. Schmidt-Kehl: Über Fortpflanzung d. Minderwertigen. 1933.

35. Schulz: Methodik d. medizin. Erbforschung.

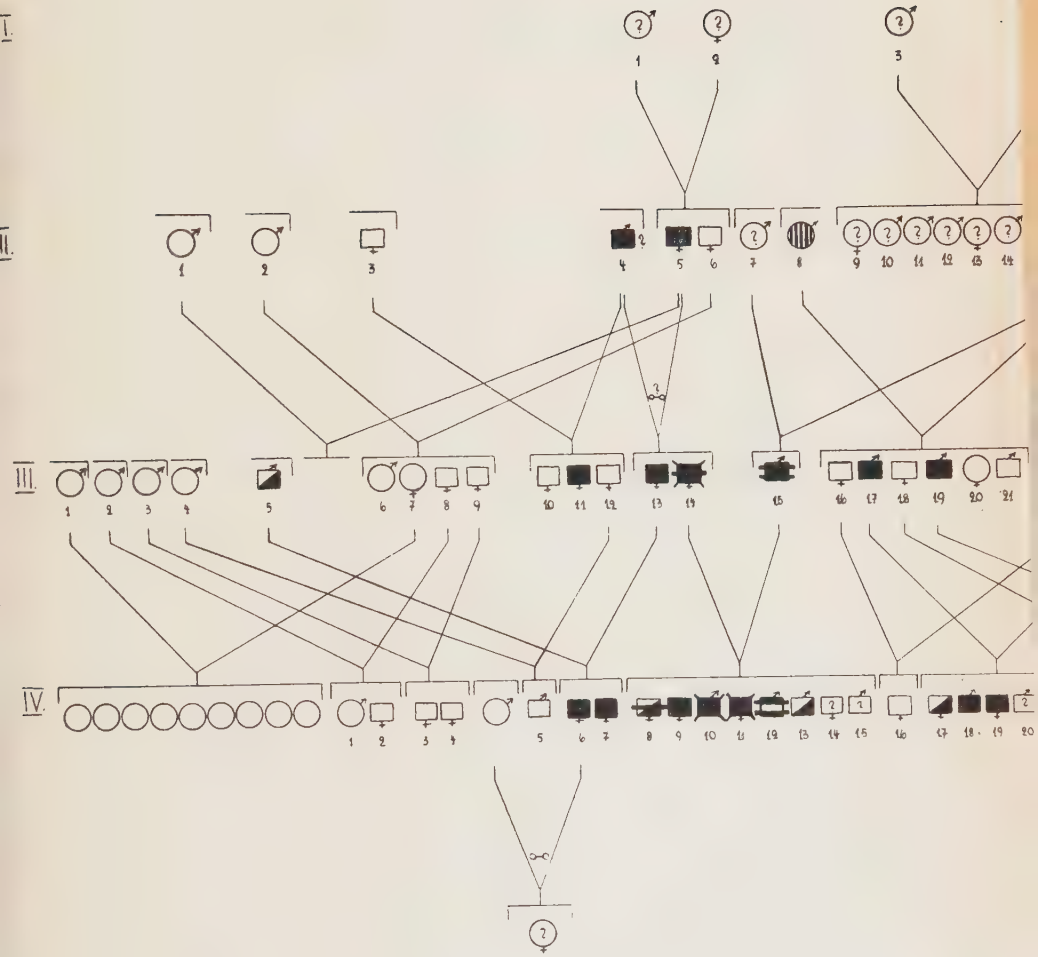
36. Schwalbe: Allgemeine Mißbildungslehre. 1906.

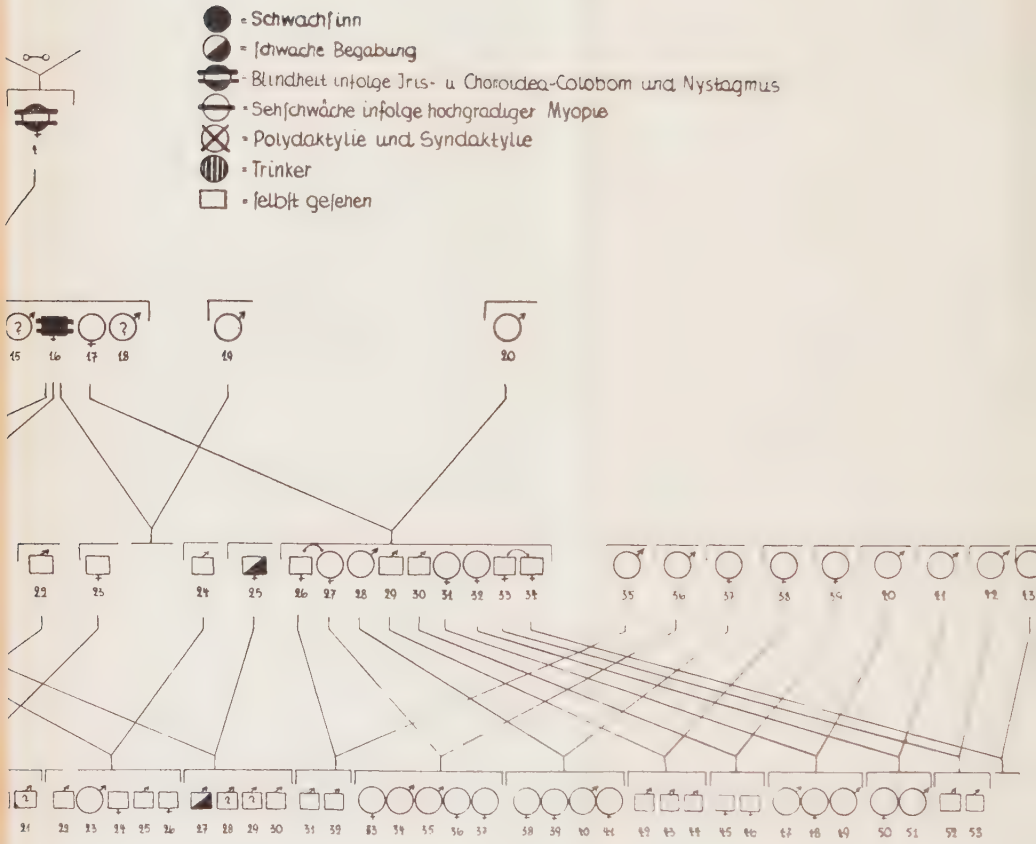
37. Szilly, v.: Die Ontogenese der idiotypischen erbbildlichen Spaltbildungen des Auges, des Mikrophthalmus u. d. Orbitalcysten. Ein Beitrag z. Problem der Vererbung u. Erwerbung des Coloboms. 1924.

38. Verschuer, v.: Erbpathologie.

39. Weygandt: Idiotie u. Imbecillität i. Handbuch d. Psychiatrie. 1915.

40. Weygandt: Der jugendl. Schwachsinn, seine Erkennung, Behandlung u. Ausmerzung. 1936.


I.
II.
III.
IV.


= Schwachsinn
= schwache Begabung
= Blindheit infolge Iris- u. Choroidea-Colobom und Nystagmus
= Sehschwäche infolge hochgradiger Myopie
= Polydaktylie und Syndaktylie
= Trinker
= selbst gesehen

LEBENSLAUF.

Ich, Fritz Greven, wurde geboren am 29. 3. 1909 in M.-Gladbach als Sohn der Eheleute August Greven und Margarete geb. Saal. Im März 1928 bestand ich die Reifeprüfung am humanistischen Gymnasium in Wipperfürth. Ich studierte dann zunächst in Freiburg, Würzburg und Halle-Saale. Bis Ende 1934 setzte ich mit dem Studium aus. Im Juni 1935 bestand ich nach Wiederaufnahme des Studiums in Bonn das Physikum und im November 1938 ebenfalls in Bonn das medizinische Staatsexamen. Seit dem 1. 12. 1938 bin ich als Medizinalpraktikant an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn beschäftigt.